

PRESCRIBER INFORMATION

Last Name: _____
 First Name: _____
 Clinic: _____
 Address: _____
No Street Office
City Prov. Postal code
 Telephone: _____
 Fax: _____
 Signature : **X** _____

PATIENT INFORMATION

Last Name: _____
 First Name: _____
 Address: _____
No Street Apt.
City Prov. Postal code
 Telephone: _____
 Date of Birth: _____ / ____ / ____
 Sex: F M
 Health Insurance No.: _____
(RAMQ, OHIP, etc.)

REQUESTING BLOOD LEVELS FOR :

- Base line level Lack of response or sub-optimal response
 Loss of response Severe side effect for dose received

SAMPLE COLLECTION

DATE ____ / ____ / ____ TIME ____ : ____ LAST DOSE ____ : ____
year month day hh mm hh mm

BLOOD SAMPLES SHOULD BE COLLECTED 24 HOURS POST LAST DOSE OF GLEEVEC (pre-dose).
 If the patient is on a BID regimen, it is suggested to put patient on a once a day regimen and perform dosage 1 week after.
 If this is not possible, perform dosage 12 hours post last dose.

SPECIMEN

1 sodium heparin green top tube (4 mL)
 Blood samples should be stored at 4°C

SHIPPING

Samples must be received in the laboratory within **5 days** following blood collection. The samples must be shipped at **4°C**.

CLINICAL INFORMATION

Diagnostic date: ____ / ____ / ____
year month day

Treatment starting date: ____ / ____ / ____ Current dose: _____ Administration: _____
year month day hour:minutes

Other medication: _____ Current dose: _____

CML

- CML chronic-phase CML accelerated-phase CML blast-phase

Last CBC: ____ / ____ / ____ Results: HB: ____ WC: ____ PLT: ____
year month day

Side effects (type and duration): _____

Q-PCR log reduction: _____ Ratio bcr-abl/control gene (specify): _____

Cytogenetics: % cells Philadelphia chromosome positive: _____ %

GIST

Daily dose: _____

- Once a day
 BID

Phenotyping (if known):

- KIT
 PDGFR

TRANSMISSION OF RESULTS

Results will be faxed within 10 business days following sample receipt by the laboratory.

Please note that the prescriber can elect to access patient results online.
 To request web access, please contact our customer service.

Send to the laboratory:

GD Specialized Diagnostics
 3885 Industriel Blvd., Laval, Quebec, H7L 4S3
 Tel: 1-888-988-1888 Fax: (450) 663-4428
 E-mail : medlab@gamma-dynacare.com

Dosage du Gleevec

(PRO-MM-047)

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Nom : _____
 Prénom : _____
 Clinique : _____
 Adresse : _____
 No Rue Bureau
 Ville Prov. Code postal
 Téléphone : _____
 Télécopieur : _____
 Signature **X**

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 No Rue App
 Ville Prov. Code postal
 Téléphone : _____
 Date de naissance : _____
 Sexe : F M
 No assurance médicale : _____
 (RAMQ, OHIP, etc.)

DEMANDE DE TAUX SANGUINS POUR : Le niveau de base Une réponse insuffisante ou sous-optimale
 Une perte de réponse Un effet secondaire grave lié à la dose reçue

COLLECTE D'ÉCHANTILLONS

DATE _____ / _____ / _____ HEURE _____ : _____ DERNIÈRE DOSE _____ : _____
 année mois jour hh mm hh mm

LA COLLECTE DE SANG DOIT SE FAIRE 24 HEURES APRÈS LA DERNIÈRE DOSE DE GLEEVEC (pré-dose).
 Si le patient prend le Gleevec BID, il est suggéré de remettre le patient à une cédule une fois/jour et faire le dosage 1 semaine après.
 Si cela n'est pas possible, faire le dosage 12 heures post dernière dose.

SPÉCIMEN

1 tube héparine sodique à bouchon vert (4 mL)
 Conserver les échantillons à 4°C

EXPÉDITION

Les échantillons doivent être reçus au laboratoire dans les **5 jours** suivant le prélèvement. L'expédition doit se faire à **4°C**.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date du diagnostic : _____ / _____ / _____
 année mois jour
 Début du traitement : _____ / _____ / _____ Posologie : _____ Administration : _____
 année mois jour heure : minutes
 Autre médicaments : _____ Posologie : _____

LMC

LMC phase chronique LMC phase accélérée LMC phase blastique
 Dernier hémogramme : _____ / _____ / _____ Résultats : HB: _____ GB: _____ PL: _____
 année mois jour

Effets secondaires (type et durée) : _____

Q-PCR réduction en log : _____ bcr-abl/ gène contrôle (spécifiez) : _____

Cytogénétique : % de cellules chromosome de Philadelphie positives : _____ %

GIST

Dosage quotidien : _____
 Une fois par jour
 BID
 Génotypage (si connu) :
 KIT
 PDGFR

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Les résultats vous seront transmis par télécopieur dans les 10 jours ouvrables suivant la date de réception de l'échantillon au laboratoire.
 Veuillez noter que le prescripteur peut accéder aux résultats de ses patients en ligne. Pour demander un accès à notre base de données, veuillez contacter notre service à la clientèle.

Envoyez au laboratoire :

GD Diagnostics spécialisés
 3885, boul. Industriel, Laval, Québec, H7L 4S3
 Tél. : 1-888-988-1888 Téléc. : (450) 663-4428
 Courriel : medlab@gamma-dynacare.com